

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel ANDRAL

Né aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) le 7 août 1889

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux

SUR UN CAS

DE

SYPHILIS TERTIAIRE

NÉCROSANT ET PERFORANT

LES OS DE LA VOUTE DU CRANE

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	Vaquez
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGEANT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	Schwartz(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR A. GILBERT

*En reconnaissance de son
inlassable et si éclairé dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1908-1910. M. le Prof. agrégé ED. SCHWARTZ
M. le Professeur agrégé WALTHER
M. le Docteur THIBIERGE

Externat

1911-1914. M. le Docteur ARROU
M. le Professeur A. GILBERT
M. le Professeur A. CHAUFFARD
M. le Docteur CHEVRIER
M. le Professeur agrégé POTOCKI

1919-1920. M. le Docteur PISSAVY
M. le Docteur QUEYRAT

Internat provisoire

1920-1922. M. le Docteur LOUSTE
M. le Docteur ARMAND-DÉLILLE

M. le Professeur agrégé VILLARET, M. le Professeur agrégé ALGLAVE, MM. les Docteurs FREDET, HERSCHER, CHABROL, CL. VINCENT, TROISIER, LAROCHE, M. PINARD, AVIRAGNET, DARRÉ, TIXIER, Pasteur VAL-LERY-RADOT, RUDAUX.

SUR UN CAS
DE
SYPHILIS TERTIAIRE
NÉCROSANT ET PERFORANT
LES OS DE LA VOUTE DU CRANE

INTRODUCTION

Les cas de syphilis nécrosant les os du crâne ne sont pas fréquents, peut-être même leur fréquence va-t-elle en diminuant à mesure que les moyens thérapeutiques deviennent plus effectifs. On peut classer les atteintes de la syphilis au niveau du crâne en syphilis de la base et syphilis de la voûte. Ces deux variétés sont bien différentes par leur gravité, leurs complications et aussi leur mode d'apparition.

La syphilis de la base est en effet secondaire le plus souvent à une rhinite, à une laryngite ou une sinusite syphilitique.

La syphilis des os de la voûte apparaît, elle, sous forme de nodosités d'ostéomes coexistant le plus souvent avec des lésions syphilitiques osseuses des membres, et peut être parfois la première manifestation d'une syphilis jusque-là ignorée. C'est un cas de ce genre, cas particulièrement remarquable par les atteintes des os des membres, avec fractures spontanées du radius gauche et du cubitus droit,

nécrose du deuxième métacarpien gauche, ostéo-arthrite gommeuse sterno-claviculaire gauche, qui a été le point de départ de notre thèse. La malade a été présentée il y a trois ans par M. le professeur Gilbert et M. Saint-Girons à la Société médicale des hôpitaux. Depuis la malade a été soignée et suivie attentivement dans le service de M. le professeur Gilbert qui a bien voulu nous communiquer son observation et que nous remercions ici sincèrement pour les conseils éclairés et les enseignements qu'il nous prodigua si inlassablement.

Dans notre travail nous avons réuni les résumés d'observations la plupart assez anciennes, quelques-unes plus récentes, observations qui, en complet accord avec les déductions que l'on peut tirer de l'observation princeps montrent tout l'intérêt d'un diagnostic le plus précoce possible pour lequel l'examen méthodique du squelette est absolument nécessaire, l'importance d'un traitement médical actif qui aura souvent à bénéficier d'une aide chirurgicale.

Avant de commencer l'étude des observations nous ne pouvons nous empêcher de rappeler que l'étude de ces exostoses craniennes est extrêmement ancienne puisqu'il en est fait mention dans les œuvres de Jean de Vigo en 1514, de de Bethencourt dans son *Nouveau carême de pénitence*, qu'au Musée Dupuytren on peut voir dans la vitrine n° 6 sous les numéros 733 et 744, nouv. « deux crânes syphilitiques provenant du cimetière dit des Léproux, datant du xv^e siècle ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur Gilbert.)

La nommée N... Marie, âgée de 50 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 décembre 1919 pour céphalée violente et plaies du crâne.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnus, elle est enfant de l'Assistance publique.

Antécédents personnels. — Elle a été élevée à la campagne, n'a jamais eu de maladie d'enfance.

Elle a eu une fièvre typhoïde vers l'âge de 25 ans ; depuis elle a constamment souffert de maux de tête, et a beaucoup maigri.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans 1/2. Les règles ont cessé à 48 ans.

Une fausse couche de huit mois à l'âge de 22 ans.

Une fausse couche de huit mois à l'âge de 26 ans.

Une fausse couche de dix mois et demi à l'âge de 30 ans.

Après cette troisième fausse couche, elle dit avoir eu une éruption sur la poitrine qui aurait duré quinze jours environ et dont elle ne s'est pas préoccupée.

Aucun autre antécédent spécifique.

Depuis deux ans environ elle a eu des accès de fièvre très fréquents, qui débutaient par des frissons.

Elle a fait une chute il y a un an et s'est fracturée l'avant-bras droit au niveau du tiers supérieur. Elle a été soignée par un médecin chez elle ; lorsqu'on a retiré le plâtre après quarante jours, on a constaté probablement un cal vicieux, car, au dire de la malade, le médecin a dû briser l'avant-bras et le replacer dans un plâtre pendant quarante jours.

Il y a huit à neuf mois, elle a été soignée salle Sainte-Madeleine pour faiblesse générale et ulcérations au niveau des

ailles du nez. On lui a fait une série de 10 piqûres au bras à son entrée dans le service. Elle y est restée cinq semaines.

Vers la fin du mois de mars 1919, la malade avait des démangeaisons du cuir chevelu, localisées au niveau de la partie antérieure de la suture sagittale. Vers le mois d'août ou de septembre, elle s'est aperçue qu'elle avait des croûtes en cet endroit. Peu à peu ces croûtes sont tombées, laissant une ulcération de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50, ulcération qui s'est accrue régulièrement, et n'a pas tardé à s'infecter; la malade a négligé complètement les soins même élémentaires que réclamait son état.

A peu près à la même date, ou un peu antérieurement (la malade ne peut pas préciser exactement l'époque) une petite ulcération s'est produite derrière l'oreille gauche, au niveau de la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire: peu à peu elle a gagné la partie supérieure de ce sillon et en arrière la mastoïde, dont le périoste a disparu en certains endroits, laissant l'os à nu.

Depuis trois mois les céphalées ont augmenté d'intensité, mais la malade se sentait trop faible pour venir à la consultation. Il y a quatre jours la céphalée est devenue extrêmement vive et, sur le conseil de ses voisines, elle est venue à l'Hôtel-Dieu où elle entre à la salle Sainte-Jeanne, lit n° 11 le 2 décembre 1919.

Etat actuel. — Femme très amaigrie et répondant d'une manière confuse et souvent contradictoire aux questions qui lui sont posées.

Au niveau du bregma existe une ulcération arrondie dont les dimensions sont de 5 centimètres d'avant en arrière et de 4 centimètres de large.

Les bords de cette ulcération sont constitués par la peau qui est rouge, douloureuse et décollée surtout au niveau de la partie antérieure. Les bords sont généralement réguliers; par endroits cependant ils sont légèrement festonnés.

Le fond de cette ulcération est constitué presque partout par l'os de coloration terreuse.

Dans la partie droite l'os a disparu complètement et laisse voir, par une fente à direction antéro-postérieure de 3 centimètres de long sur 6 à 7 millimètres de large, une surface jaunâtre, rosée par endroits, distante d'environ 3 centimètres

de la surface endo-cranienne et animée de battements synchrones au pouls.

De cette ulcération s'écoule du pus quand la malade tousse ou lorsqu'on lui fait pencher la tête ; il s'en dégage une odeur putride.

Derrière l'oreille gauche se trouve une ulcération occupant tout le sillon rétro-auriculaire ; elle a la forme d'une virgule dont la tête est en bas. Elle a 25 millimètres de haut, 20 millimètres de large. Ses bords sont assez réguliers et légèrement décollés par place. Elle est plus profonde à sa partie supérieure où elle creuse une anfractuosité à parois lisses.

Le fond de l'ulcération est rose et ne laisse suinter du pus qu'en très faible quantité. En bas quelques taches blanchâtres sont dues à l'os mis à nu.

Au niveau des ailes du nez une échancrure cicatrisée mais encore légèrement rouge constitue la seule trace de l'ulcération apparue il y a huit mois. Quelques croûtes subsistent encore dans le sillon sous-narinaire gauche.

Au niveau du deuxième métacarpien gauche existe une tuméfaction fusiforme de consistance dure aux deux extrémités, ramollie vers le milieu de l'os ; il y a eu destruction de la plus grande partie du deuxième métacarpien puisque l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante est remontée d'au moins 2 centimètres ; l'index est raccourci d'autant.

L'articulation sterno-claviculaire gauche présente une tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, de consistance dure, non douloureuse.

L'avant-bras droit est déformé par une tuméfaction volumineuse due au cubitus dont le tiers supérieur est considérablement épaissi ; mais il est tout à fait indolore, la malade ne se plaint d'aucune gêne fonctionnelle et c'est un examen systématique qui seul a permis de constater que la fracture ancienne n'est pas consolidée. La crépitation, la mobilité anormale sont des plus nettes. Le trait de fracture passe à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs.

L'examen a permis de même de constater une fracture dont la malade ne s'est pas plainte, fracture qui siège à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du radius gauche. D'après les renseignements très imprécis fournis par la malade, cette

fracture remonterait à six ou sept mois ; mais n'aurait jamais provoqué de douleur ou d'impotence marquée à son niveau. Actuellement, on constate à l'avant-bras gauche une tuméfaction irrégulière située à la partie postéro-externe du radius, exagérée surtout lorsque l'avant-bras est en supination. A ce niveau on sent une saillie de la grosseur d'une noisette, au-dessus de laquelle on sent une dépression très nette. En provoquant des mouvements successifs de pronation et de supination, la main appliquée sur le radius perçoit très nettement la crépitation osseuse fournie par ce foyer de fracture non consolidée.

Appareil digestif. — Appétit très diminué. Selles régulières. Rate dépassant de 6 centimètres le rebord des fausses côtes, son grand axe mesure 17 centimètres.

Appareil respiratoire. — Râles sous-crépitants dans toute la moitié inférieure du poumon gauche.

Appareil circulatoire. — Pouls 132, régulier, faible, dépressible. Température 40°9. Pression (Pachon) 8 et 4.

Appareil génito-urinaire. — Ni sucre, ni albumine.

Système nerveux. — Réflexes conservés Réflexes pupillaires très faibles et paresseux.

Le 3 décembre 1919, la température tombe à 38°1 ; une hémorragie assez abondante s'est produite dans la nuit du 2 au 3 obligeant à charger le pansement à deux reprises différentes.

Les frictions mercurielles sont instituées, quotidiennes, avec 3 grammes d'onguent napolitain.

Le 4 et le 5 décembre, le pansement est renouvelé.

Le 6 décembre, au cours du pansement, deux caillots volumineux tombent de la plaie.

Le 7 décembre, environ 20 à 30 centimètres cubes de pus sanieux noirâtre, fétide s'écoulent lorsqu'on enlève la compresse.

Une nouvelle perforation crânienne, ébauchée la veille, s'est produite au niveau de l'extrémité antérieure de la plaie recouverte en partie par le bord de la peau. Par l'ouverture on peut voir des gouttes de pus blanchâtre sur la dure-mère.

La plaie de l'oreille diminue et semble se rétrécir dans toutes ses dimensions.

Le 8 décembre, la malade a subi une petite intervention

chirurgicale. Le séquestre osseux a été enlevé en partie à la pince-gouge, sans qu'il fut nécessaire d'anesthésier la malade. Les dimensions actuelles de la perte de substance osseuse sont de 7 centimètres dans le sens antéro-postérieur et de 5 centimètres dans le sens transversal. Il reste encore un peu d'os nécrosé à la partie gauche et à la partie antérieure et droite de l'orifice. Au fond de la cavité la dure-mère apparaît rouge, recouverte par endroits de traînées purulentes, distante de 3 centimètres de la paroi exocranienne sur la ligne médiane, s'en éloignant davantage encore en avant et à droite formant là un cul-de-sac où s'amasse le pus. En avant et en arrière de chaque côté de la faux du cerveau, la dure-mère s'est décollée irrégulièrement provoquant la formation de deux autres culs-de-sac.

Le 19 décembre, le cerveau est beaucoup moins affaissé, la dure-mère n'est plus éloignée que de 1 cm. 5 à 2 centimètres de la surface endocranienne, elle est moins rouge, la suppuration est moins abondante moins fétide. L'ulcération rétro-auriculaire tend à se cicatriser et la malade se sent mieux.

Différents examens de laboratoire ont été pratiqués :

3 décembre. — Liquide céphalo-rachidien clair, stérile ; hyperalbuminose légère. Très légère réaction cellulaire : 7 à 10 lymphocytes par champ d'immersion.

4 décembre. — Réaction de Bordet-Wassermann positive.

9 décembre. — Sang.

Globules rouges.....	3.625.000
Globules blancs.....	5.390
Hémoglobine.....	60 à 70 o/o

Formule leucocytaire :

Polynucléaires.....	72
Mononucléaires.....	15
Lymphocytes.....	8
Eosinophiles.....	0,5
Macrophages.....	4,5

10 décembre. — Examen cyto-bactériologique du pus durémérien.

Nappe de polynucléaires pyoïdes.

Très nombreux microbes d'espèces très variées. Amas staphylococciques. Chainettes courtes de streptocoques.

Présence de bacilles allongés Gram + groupés en amas ressemblant au bacille diphtérique : *bacillus cutis communis*.

Telle est l'histoire de cette malade jusqu'au 19 décembre 1919, jour où elle fut présentée à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, par M. le professeur Gilbert et M. Saint-Girons.

Depuis cette date elle est soignée dans la salle Sainte-Jeanne et sous l'influence du traitement on a pu voir se produire une métamorphose dans l'état général et pour ainsi dire la guérison des lésions locales.

Du 3 au 25 décembre 1919, frictions mercurielles quotidiennes avec 3 grammes d'onguent napolitain.

Du 16 janvier au 6 février 1920, frictions mercurielles.

Du 1^{er} mars au 22 mars 1920, frictions mercurielles.

Du 25 au 30 avril chaque jour 0 gr. 25 d'iodure de potassium

Du 30 avril au 7 mai — 0 gr. 50 KI.

Du 7 mai au 11 mai — 0 gr. 75 KI.

Du 11 mai au 19 mai — 1 gr. KI.

Du 19 mai au 24 mai — 1 gr. 50 KI.

Du 24 mai au 29 mai — 1 gr. 75 KI.

Puis les frictions mercurielles sont reprises du 3 au 13 juin 1920. A ce moment, vu l'amélioration de l'état général, il est décidé de pratiquer la médication arsenicale.

13 juin... 0 gr. 05 de novarsénobenzol

18 juin... 0 gr. 15 —

24 juin... 0 gr. 15 —

30 juin... 0 gr. 25 —

8 juillet 0 gr. 30 —

15 juillet 0 gr. 35 —

22 juillet 0 gr. 45 —

26 juillet 0 gr. 55 —

5 août... 0 gr. 60 —

Soit par conséquent 2 gr. 85 de novarsénobenzol.

Les frictions mercurielles sont reprises du 11 au 22 septembre 1920

A partir du 14 septembre on administre du sulfarséno-benzol.

14 septembre.....	0 gr. 06 sulfarsénol	
18 septembre.....	0 gr. 12	—
22 septembre.....	0 gr. 18	—
25 septembre.....	0 gr. 24	—
29 septembre.....	0 gr. 30	—
2 octobre.....	0 gr. 36	—
8 octobre.....	0 gr. 46	—
14 octobre.....	0 gr. 48	—
20 octobre.....	0 gr. 54	—
26 octobre.....	0 gr. 60	—

Soit 3 gr. 34 de sulfarsénol.

En novembre 1920, le 18, le 19, et le 21 on fait des injections de 0 gr. 01 de benzoate de Mercure.

Puis on pratique une deuxième série de sulfarsénobenzol.

Du 4 mars au 15 avril 1921 on injecte en 8 injections 2 gr. 58 de sulfarsénobenzol.

On pratique une troisième série de sulfarsénobenzol du 19 mai au 20 juillet 1921, injectant à nouveau 2 gr. 58 en 8 injections.

Du 21 septembre au 7 octobre 1921 on injecte tous les deux jours 0 gr. 01 de benzoate de mercure, soit 0 gr. 10 en 10 injections.

Du 8 au 18 décembre 1921 on injecte à nouveau du benzoate de mercure. Mais cette fois on pratique des injections quotidiennes.

Du 15 au 25 mai 1922 on injecte 0 gr. 10 de benzoate de mercure.

Du 13 au 28 juin 1922 on injecte 0 gr. 15 de benzoate de mercure.

Du 2 au 18 octobre 1922 on injecte 0 gr. 12 de benzoate de mercure.

Ainsi donc la malade été soumise à un traitement mixte qui a donné les meilleurs résultats.

Nous rappelons en effet que l'état général était tel que les injections mercurielles furent écartées et sous l'influence à la fois des frictions, et aussi de la désinfection de la plaie crânienne accompagnée de l'extirpation d'un séquestre on vit la malade reprendre très rapidement des forces alors que la température tombait pour se maintenir il est vrai un certain temps aux alentours de 38 degrés. Mais cette tempéra-

ture était due en partie à l'autre foyer osseux purulent situé à l'index gauche. Cet index fut amputé le 6 avril 1919 et depuis lors la température fut définitivement stabilisée.

La plaie cranienne s'est très rapidement détergée, les lacs purulents qui comblaient les godets de dure-mère ont diminué, en même temps que la dure-mère se rapprochait de la paroi endocranienne. La dure-mère s'est épaissie des bourgeons des parties molles l'ont recouverte et, fait curieux, cette couche tomenteuse s'est recouverte petit à petit d'un véritable épiderme. Ce qu'il est intéressant de constater c'est qu'à aucun moment la malade n'a présenté de signes d'atteinte de l'encéphale. Les ponctions lombaires ont ramené un liquide aseptique. L'examen des réflexes moteurs, les recherches des troubles moteurs sensitifs n'ont fait que démontrer l'intégrité des centres nerveux due à l'imperméabilité absolue de la dure-mère.

L'examen actuel montre une femme dont l'état général est excellent, l'appétit et les digestions sont bons. Au niveau du crâne on voit une perte de substance osseuse ovale à grand axe dirigé en arrière et à gauche, dont le pôle postérieur est plus large que le pôle antérieur. Cette perte de substance située sur le frontal débordant à droite et à gauche la ligne médiane présente un fond plat, cutané, sauf sur une surface de la dimension d'une pièce de 1 franc située dans la partie postérieure. Au niveau des bords latéraux et antérieur la dure-mère est avivée et reste au contact de la voûte cranienne. Au niveau du pôle postérieur au contraire entre la dure-mère et la voûte cranienne existe un espace de 3 à 4 millimètres où se forment encore des sécrétions légèrement purulentes.

Evidemment tout le fond de cette perte de substance est animée de battements synchrones au pouls et bombe lorsque la malade fait un effort.

L'examen de la voûte montre encore à la palpation des ostéomes en particulier sur la fosse frontale droite il existe un ostéome de la grosseur d'une noisette. Sur la partie médiane et élevée du front existe une cicatrice en cul-de-sac qui parfois donne issue à une gouttelette de pus.

La lésion rétro-auriculaire et la plaie opératoire au niveau de l'index gauche sont totalement cicatrisées.

Nous signalerons enfin que la malade qui pesait 36 kgr. 600 le 26 février 1920 a vu son poids s'améliorer progressivement puisque l'on note successivement.

Le 29 avril 1920, 39.700.

Le 3 septembre 1920, 42.800.

Le 12 novembre 1920, 46.400.

Nous rapprocherons de cette observation celles qui ont été publiées par M. Cuttoli dans sa thèse, Montpellier 1907, l'observation communiquée par M. Morestin à la séance de la Société anatomique de novembre 1900, l'observation du malade présenté à la Société savante de Lyon par M. Cavaillon le 21 janvier 1903. Les communications de M. Noailles à l'Union médicale du Nord-Est, de MM. Hallopeau et Boudet à la Société de Dermatologie, de M. M. Sée à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie et celle de M. Le Dentu à la Société clinique de Paris.

OBSERVATION II (résumée)

(M. Cuttoli)

(Communiquée par M. le Professeur Forgue,
in thèse Montpellier, 1907.)

S..., charbonnier, ayant contracté la syphilis dix huit ans auparavant n'a pas suivi de traitement régulier, a seulement pris un peu d'iode.

Il ressent une forte céphalée avec tintements d'oreilles deux ans après le chancre.

Puis dix-sept ans après, son coiffeur remarque une tuméfaction située au sommet du crâne. Tout d'abord indolore elle provoque de violentes douleurs peu de jours après, elle se ramollit et elle s'ulcère. A côté apparaît un nouveau nodule qui se

ramollit également et s'ulcère. A ce moment les douleurs sont intolérables avec prédominance nocturne.

Le malade est mis au traitement, 2 grammes d'iodure de potassium par jour et des injections de calomel. Après une légère cédation les douleurs reprennent. On pratique une nouvelle série d'injections de calomel et le malade entre à l'hôpital.

A son entrée on note l'existence de deux ulcérations situées presque symétriquement par rapport à la ligne médiane, celle de gauche, la plus grande a les dimensions d'une pièce de 5 francs, celle de droite a les dimensions d'une pièce de 2 francs, sur la ligne médiane enfin il existe une troisième ulcération très petite... Les bords de ces ulcérations sont arrondis taillés à pic comparables à des « godets » dont le fond est constitué par l'os dénudé, noirâtre mis à découvert. La suppuration est abondante.

L'inspection permet de déceler l'existence de petits pertuis, et à la palpation au voisinage des ulcérations on noté des gommès en évolution.

Le malade est soumis quelque temps à un traitement mixte. On administre pendant quinze jours de l'iodure de potassium à dose croissante commençant à 5 grammes, allant jusqu'à 12 grammes, et on fait des injections d'hémophénil.

Ce traitement ne donnant pas les résultats espérés on pratique une première intervention le 7 juillet 1906. On trépane assez largement la lésion principale, se contentant de cureter l'ulcération droite. L'opération est bien supportée. Dans la suite la dure-mère se recouvre de bourgeons charnus envahissant le rebord osseux et trois mois après l'intervention, la dure-mère est assez épaissie pour qu'on n'aperçoive plus, même à jour frisant, les pulsations cérébrales.

Pendant ce temps le traitement médical est continué et malgré lui la plaie pariétale droite continuant à suppurer on pratique à ce niveau une trépanation assez large le 30 novembre 1906. Les suites opératoires sont excellentes. L'état général du sujet devient florissant mais la perte de substance au niveau des trépanations est telle qu'on la recouvre avec succès avec des greffes de Thiersch.

OBSERVATION III (résumée) (M. Cuttoli)

Communiquée par M. le Professeur Forgue
in thèse Montpellier, 1907.

M^{me} Z..., âgée de 55 ans. Se plaint depuis une dizaine d'années de douleurs erratiques, de maux de gorge, de céphalée frontale assez vive. C'est là tout ce que l'on retrouve dans les antécédents de cette malade. Elle entre à l'hôpital pour des gommes indurées siégeant au niveau du frontal et d'une clavicule. On institue un traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, avec un succès complet. La malade quitte rapidement l'hôpital mais pour y revenir un an après. Les gommes du frontal suppurent abondamment. Tout d'abord la malade refuse une intervention chirurgicale puis elle l'accepte à un nouveau séjour, vu l'insuccès du traitement médical seul. M. le professeur Forgue pratique une trépanation large dont les suites furent excellentes. La malade revue huit ans après est en excellent état.

OBSERVATION IV (résumée) (M. Cuttoli)

Communiquée par M. le Professeur Forgue
in thèse Montpellier, 1907.

B... R..., âgée de 44 ans, ménagère.

A l'origine on trouve une céphalée frontale extrêmement tenace, puis rapidement quinze jours après le début des douleurs apparaît sur le frontal une petite nodosité. Cette nodosité siège un peu à droite de la ligne médiane ; tout d'abord elle est dure mais elle ne tarde pas à se ramollir et en même temps la fièvre s'allume.

Les frictions mercurielles sont instituées mais sans succès. La tumeur s'ulcère et le stylet explorateur tombe sur un os dénudé sonnant sec.

On pratique une trépanation qui tout d'abord donne des suites opératoires satisfaisantes. Mais quelques jours après on voit brusquement la fièvre monter, s'accompagnant de

frissons, de délire et de crises épileptiformes. Etant donné la gravité des symptômes, on fit sauter les points de suture, on pratiqua des pulvérisations antiseptiques à l'aide de la marmite de Lucas-Championnière. Une grosse amélioration fut ainsi obtenue rapidement et la guérison s'ensuivit.

OBSERVATION V (résumée) (M. Verchères)

Publiée dans les *Annales de dermatologie
et syphiligraphie*, 1895.

X... Femme de 54 ans, ayant eu dix enfants dont neuf bien portants. Le dixième mort-né. Trois mois après ce dernier accouchement la malade est prise de violents maux de tête. Deux ans après on note la chute des dents puis l'apparition d'une tumeur du maxillaire inférieur. On pratique le traitement antysiphilique qui amène la guérison. Mais dans la suite on voit se former au niveau de la clavicule droite une tumeur qui suppure, amenant l'élimination d'un séquestre.

Enfin à 46 ans nouvelle tumeur siégeant cette fois sur le frontal, suppurant rapidement.

A 48 ans, se produit une nouvelle tumeur siégeant à côté de la cicatrice de la précédente.

Malgré de fortes doses d'iodure, la suppuration et la céphalée n'étant pas améliorées on pratique une trépanation qui amène une guérison rapide.

OBSERVATION VI (résumée) (M. Védrennes)

Publiée dans les *Mémoires de médecine militaire*, 1868.

H..., soldat, 29 ans.

En février 1866, chancre phagédénique de la verge.

Un mois après roséole, alopecie et apparition de gommès sur le frontal et sur les membres.

Traitement mercuriel interne et externe.

En avril 1866 on découvre un abcès symptomatique d'une nécrose du frontal.

On administre du protoiodure puis de l'iodure.

L'amélioration ne se fait pas sentir, il existe même des convulsions et de l'aphasie.

On pratique alors une craniectomie qui donne des résultats inespérés.

OBSERVATION VII (résumée)

Communiquée par M. Morestin à la Société anatomique en novembre 1900.

X..., femme âgée de 38 ans, n'ayant jamais eu de traitement antisyphilitique régulier.

En 1898, début des accidents gommeux.

Elle est soignée pendant longtemps dans les services de M. Hallopeau, puis de M. Richelot.

Les lésions fort étendues couvraient les deux tiers antérieurs de la calotte crânienne et si certaines étaient superficielles le squelette était cependant atteint en plusieurs points.

Au niveau du pariétal gauche en particulier, à travers une perte de substance considérable des parties molles on apercevait une large plaque osseuse mortifiée dont l'ablation au début d'octobre 1900 paraissait urgente car il y avait rétention de pus à sa face profonde : on voyait sourdre le pus par un pertuis osseux à la partie inférieure du sequestre et les battements du cerveau imprimaient à la gouttelette de pus qu'on apercevait dans cet orifice, des soulèvements rythmiques.

L'extraction du sequestre fut pratiquée sans difficulté le 10 octobre par M. Morestin. La dure-mère apparut couverte de bourgeons charnus qui furent grattés à la curette.

La guérison est survenue rapidement mais le cerveau est recouvert seulement par les méninges supportant une mince cicatrice.

OBSERVATION VIII (résumée). M. M. Sée

Communication faite le 5 janvier 1911
à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie

Il s'agit d'une malade venue consulter par deux ulcérations grosses comme des pièces de 1 franc et de 5 francs

siégeant sur le front, juste à la racine des cheveux, à l'aide desquels la malade dissimulait son affection.

Les ulcérations sont à bords nets, à fond escharrotique et elles communiquent sous le pont cutané qui superficiellement les sépare.

De plus il existe au menton une cicatrice avec fistulisation, suppuration très légère et autour de la bouche des cicatrices superficielles.

Le diagnostic de syphilis s'imposait, mais le malade niait tout antécédent suspect. M. Sée suppose qu'il pouvait s'agir d'une syphilis héréditaire.

Le traitement antisypilitique fut rendu difficile par une dentition en très mauvais état et le refus tout d'abord d'accepter des piqûres.

M. Sée administra de l'iode à la dose de 4 grammes, puis 5 grammes par jour et de petites doses de biiodure de mercure en solution aqueuse dans du lait, puis plus tard de l'hectine par voie buccale.

Au bout de sept mois la malade accepta les piqûres et se fit soigner la bouche plus activement.

Elle reçut neuf injections de 0 gr. 10 d'hectine, et quinze jours après fut pratiquée l'extirpation d'un large séquestre de 5 cm. 5 sur 6 m. 5.

Dès ce moment l'état général s'est amélioré, la guérison se fit rapidement, la plaie se détergea, se combla et s'épidermisa complètement. Le traitement médical fut poursuivi plus énergique et un an après les plaies étaient cicatrisées presque complètement.

OBSERVATION IX (résumée)

Communiquée par M. Noailles à l'*Union médicale du Nord-Est*, en février 1908

X..., malade âgée de 53 ans, entrée le 6 janvier 1908 dans le service de M. Hoel, pour une brusque attaque d'hémiplégie survenue la veille.

A l'âge de 28 ans, légère attaque d'hémiplégie suivie d'une deuxième.

En 1904, elle a été soignée pour syphilides tertiaires cutanées du front et du tronc.

En 1907, elle entre à l'hôpital avec trois ulcérations profondes de la paroi du crâne ayant perforé complètement les pariétaux, ulcérations remplies par les bourgeonnements de la dure-mère.

On note encore des gommès au niveau des jambes.

Le traitement spécifique amène de l'amélioration mais la malade quitte le service en novembre 1907.

En janvier 1908 elle est donc ramenée pour une hémiplegie droite avec aphasie.

A ce moment les ulcérations craniennes se sont agrandies, la plus grande est au niveau du pariétal gauche, dépassant les dimensions d'une pièce de 5 francs ; une petite ulcération est en dessous d'elle et la troisième sur le pariétal droit. Au niveau de ces ulcérations on voit la dure-mère épaissie, grisâtre, recouverte par un pus sanieux fétide, animée de battements isochrones au pouls.

La malade est mise au traitement.

Elle sort rapidement du coma, la parole d'abord difficile revient lentement, le bras droit seul reste en contracture.

Le 29 janvier la malade est prise de convulsions violentes durant trois heures et le 30 janvier elle meurt dans le coma.

A l'autopsie on voit au niveau des ulcérations craniennes que les méninges sont très épaisses. Au bord de la scissure interhémisphérique en arrière de la scissure de Rolando, on trouve une gomme en voie de ramollissement, et en faisant une coupe longitudinale de l'hémisphère on trouve un gros foyer de ramollissement.

OBSERVATION X (résumée)

(MM. Hallopeau et Boudet,

in *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1907)

*Sur un cas de syphilis précoce avec gomme du frontal
et perforation*

Malade âgé de 29 ans ayant contracté la syphilis à Nouméa en 1903.

Peu après surviennent des plaques muqueuses au niveau

de la bouche et de l'anus, et peu après des nodosités sur toutes les parties du corps et de l'iritis de l'œil gauche.

Il entre à Ricord fin de 1903 et à la suite de 3 piqûres de calomel les accidents rétrocedent.

En décembre 1904, il entre dans le service de M. Gaucher pour des gommès de la peau et reçoit 120 injections de biiodure.

Néanmoins en 1905 surviennent deux nouvelles gommès dans la région dorsale, il entre dans le service de M. Balzer et reçoit des injection d'huile grise.

En août 1906, le malade est pris d'une céphalalgie intense, constante mais sans prédominance nocturne.

Bien qu'il ingérât à cette époque des pilules de protoïodure, il voit se développer vers le milieu d'octobre une petite tumeur dans la région frontale. Cette tumeur atteint bientôt le volume d'un œuf de pigeon puis s'ulcère et suppure abondamment; à ce moment, la céphalalgie disparaît.

En même temps, il faut noter la tuméfaction de la racine du nez et l'élimination d'une esquille provenant probablement des os propres.

Lors de la présentation du malade, l'ulcération est profonde, mesurant 3 centimètres sur 4; elle siège au sommet du frontal, les bords en sont taillés à pic, le fond est formé par l'os éburné dépouillé du périoste. A la partie supérieure, il y a une perforation de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50.

Au fond de la plaie sanieuse le pus sécrété est le siège de soulèvements synchrones à ceux du poulx.

L'état général est cependant assez bien conservé, l'appétit est bon, la température ne s'est élevée qu'un seul jour jusqu'à 38 degrés.

Il s'agit donc d'une syphilis grave dès le début avec gommès très précoces et à prédilection osseuse et suivant son cours malgré un traitement intensif.

OBSERVATION XI (résumée)

Communiquée le 27 novembre 1884 à la Société clinique
de Paris par M. Le Dentu

Le malade est un officier, grand, robuste, d'une intelligence remarquable.

Blessé en 1854 au niveau du front à gauche par une balle n'ayant pas pénétré jusqu'aux méninges. Depuis, le malade garde un trajet fistuleux et une violente céphalée.

Allant faire campagne au Mexique, il contracte la syphilis en 1865.

En 1869, la céphalée ayant augmenté, M. Nélaton débride la fistule frontale et extrait un séquestre.

Le malade fait campagne en 1870 malgré une violente céphalée que l'on atténue par le bromure. Puis l'amélioration est telle qu'il peut faire un cours dans une école spéciale.

En 1877, on note deux accidents : une affection du pied traitée par de l'iodure et une périostose du radius droit. De plus le caractère change notablement, et en mars 1878 au milieu d'un cours le malade est frappé d'une aphasie presque complète. Soigné au Val de Grâce on constate une saillie assez prononcée au niveau de la partie gauche du front. Tuméfaction diffuse, de nature osseuse, avec à son centre la cicatrice de l'opération de 1869 et un trajet fistuleux.

Un traitement mixte à hautes doses institué immédiatement reste sans résultat. M. Perrin qui soignait alors le malade appliqua sur ses instances 4 couronnes de trépan « qui lui permirent de mettre la dure-mère à nu sur une surface de 4 centimètres sur 2 centimètres, opération très laborieuse vu l'extrême dureté du tissu éburné de l'exostose ».

A la suite de cette opération il y eut une amélioration sensible et puis le quatorzième jour après l'intervention survint du délire suivi de coma et de paralysie complète du côté droit, phénomènes qui disparurent dès le lendemain; c'était là la première des poussées congestives que devait présenter le malade par la suite.

A ce moment il sortit du Val de Grâce, la paralysie ayant disparu mais l'aphasie persistant.

Deux jours après sa sortie il tombe à nouveau dans le coma. C'est à ce moment que M. Le Dentu est appelé à voir ce malade pour la première fois et personne ne le met au courant sur les antécédents syphilitiques.

Un mois après survient une nouvelle crise avec des convulsions. L'état général décline rapidement et deux mois après la sortie du Val de Grâce tout paraissait perdu lorsque

l'attention de M. Le Dentu fut attirée par une périostose au niveau du front du côté droit, et poussant alors l'examen du squelette il remarqua « des cicatrices pigmentées rangées en demi-cercle au niveau du coude droit ». C'en était assez pour porter un diagnostic de syphilis ancienne.

Dans ces conditions, vu l'état d'affaiblissement du malade, on donna une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten et 50 centigrammes d'iodure; en trois jours il y eut une véritable résurrection.

Les doses de mercure furent augmentées, et un mois après l'état était des plus satisfaisants. Trois mois après l'aphasie avait disparu, et la parole était facile, d'une lucidité complète; le malade put même reprendre son enseignement.

Quatre ans après on observa une paraplégie pour laquelle fut porté le diagnostic de bériberi; dans la suite on reprit cependant le traitement antisiphilitique, mais l'amélioration obtenue fut courte et faible.

Le malade mourut dans le coma à la suite d'accidents cérébraux qui ne durèrent que deux heures.

OBSERVATION XII

Gommes multiples des os du crâne

Sous ce titre, M. Cavaillon présente à la Société Savante de Lyon, le 21 janvier 1903, un malade dont nous donnons l'observation résumée.

X..., aucun antécédent syphilitique connu.

Il présente deux bosses craniennes fluctuantes mais sans battements, situées au niveau de l'occipital et de la suture fronto-pariétale droite.

Il n'existe pas de douleurs, il n'y a aucun trouble moteur et le traitement antisiphilitique donne les meilleurs résultats.

On serait donc en présence d'une syphilis prouvée par l'efficacité du traitement.

Nous devons signaler qu'au cours de la discussion qui suivit, M. Collet rappela un cas de malade présentant un gros foie bosselé qui fut pris pour un cancer, mais l'apparition d'une gomme au niveau du frontal fit pencher le diagnostic vers une syphilis; le traitement donna le meilleur résultat.

A côté de ces observations, nous devons signaler que le musée Dupuytren possède une collection de crânes avec des lésions nécrosantes et perforantes variées et extrêmement intéressantes. Ces pièces sont réunies dans la vitrine n° 6 et parmi elles nous signalerons particulièrement les pièces suivantes :

N° 339 A. Nécrose syphilitique de la voûte du crâne. Sur cette pièce on voit que les deux pariétaux sont rongés extérieurement, en plus sur le pariétal gauche, la nécrose a amené la formation de pertuis nombreux, et sur le pariétal droit existe une grosse perte de substance, perforation atteignant les dimensions d'une pièce de 5 francs.

N° 339 B. Carie très probablement de nature syphilitique et occupant tous les os de la voûte du crâne (M. Tuffier).

C'est là un beau cas de forme rongearde creusant des sillons très nombreux, très profonds, parfois sans perforation nette à première vue. Par transparence, on note pourtant l'existence de pertuis nombreux. Ces orifices sont surtout nombreux à la partie antérieure.

N° 339 D. Nécrose syphilitique.

Crâne présentant de nombreuses anfractuosités avec perforation. Si on consulte l'observation, on apprend qu'il s'agit d'un homme ayant une syphilis tertiaire qui intéressait également les tibias et le pharynx, et chez lequel on avait extirpé un séquestre.

N° 339. Nécrose syphilitique de toute la partie antérieure de la voûte du crâne qui est percée à jour (M. Lorey).

N° 342. Nécrose syphilitique de la plupart des os de la voûte du crâne (M. le professeur Breschet).

Sur ce crâne en plus des sillons très nombreux, il existe une perforation de la taille d'une grosse lentille au niveau du pariétal gauche. Il y a des enfoncements qui sont criblés de trous, véritable nécrose ponctuée, en ces points la table interne paraît conservée, mais percée de nombreux trous vasculaires.

N° 338. Nécrose syphilitique occupant la moitié postérieure et droite de la voûte crânienne avec, en plus, une grosse perforation sur le frontal.

N° 341. Large perforation osseuse par nécrose à la partie antérieure et moyenne du frontal.

La dure-mère conservée et épaissie obturait le large orifice qui ne mesure pas moins de 7 centimètres de long. Les sutures persistaient (M. Vergnes).

N° 593. Nouv. Voûte du crâne d'un adulte. Nécrose syphilitique de la voûte (M. Marjolin, 1879).

Le crâne est complètement rongé, prenant un aspect spongieux et présente plusieurs perforations.

Enfin, les n°s 733 et 734 nouv. sont deux crânes syphilitiques (perforés) provenant du cimetière dit des lépreux, xv^e siècle, situé rue de Douai (M. Lancereaux, 1889).

ETUDE CLINIQUE

Les caractéristiques de l'observation princeps sont nombreuses. Tout d'abord c'est l'absence de renseignements en ce qui concerne l'atteinte primitive de la syphilis, et le manque de traitement qui s'en est suivi jusqu'à l'apparition d'accidents tertiaires. C'est la multiplicité des lésions qui sont surtout à prédilection osseuse ; la lenteur de l'évolution sans complication cérébrale, l'efficacité du double traitement médico-chirurgical. Nous allons voir comment et à quel degré elles se retrouvent dans les autres cas et les déductions qu'on en peut tirer.

Etiologie. — L'accident primitif a passé souvent inaperçu à tel point que dans le cas rapporté par M. M. Sée cet auteur a pu conclure à de l'hérédosyphilis. D'autres fois l'accident primitif a été reconnu et alors la date d'apparition des lésions crâniennes a été soit très longue, soit très courte. C'est en effet l'année qui suit le chancre qui voit apparaître une explosion de gommès ulcérautes dans les observations V et IX. Dans ces 2 cas le traitement médical donnait peu de résultats, la syphilis fut particulièrement maligne. Ce fait contraste singulière-

ment avec les autres cas de contagement ancien ou méconnu où l'évolution fut particulièrement lente.

A côté de la date d'apparition des accidents un point intéressant est celui du terrain. Les sujets chez lesquels la carie et nécrose crânienne s'observent sont en général et c'est le cas de notre observation primitive des sujets malingres, des dystrophiques. Si dans un cas, observation X, le sujet était robuste et vigoureux il n'est pas sans intérêt de rappeler que le malade avait eu une plaie pénétrante par balle au niveau du frontal et que c'est à ce niveau que la gomme se développa. Cette influence du traumatisme a été rapportée déjà par bien des auteurs.

L'influence de l'alcoolisme, de la scrofule a été signalée et nous rapporterons pour terminer cette opinion de Ricord : « Chez les sujets qui n'ont que vérole, nécrose et carie sont rares. Ordinairement, c'est là la preuve d'une mauvaise constitution réfractaire au mercure, et que le mercure a ébranlée encore davantage. »

Lorsque la syphilis tertiaire lèse le crâne elle peut atteindre soit les os de la voûte soit ceux de la base, soit les deux. L'atteinte des os de la base, particulièrement grave à cause des complications spéciales qu'elle entraîne, est elle secondaire à de la sinusite, de la pharyngite syphilitique. Les travaux sur ce sujet et les observations sont nombreuses, nous nous contenterons de signaler la thèse de M. Auguste Gilbert : *De la syphilis tertiaire des sinus et ses principales complications, orbite, crâne*. Paris, 1898.

Et les articles de Boch ; « Syphilis tertiaire. Symptômes graves de nécrose des os du nez et de la table externe du frontal. Séquestre considérable » : *Presse médicale belge*. Bruxelles, 1883.

L'article de Baratoux : « Nécrose syphilitique des os du nez expulsion de la partie centrale du sphénoïde. » *Revue mensuelle de Laryngologie*. Bordeaux, 1883.

L'article de Sauvé : « Manifestations graves de syphilis nasale, pharyngée et laryngée. » *Presse médicale*, 1917.

En général, la syphilis nécrosante des os de la voûte ne s'accompagne pas de rhinites et les autres manifestations gommeuses sont plus éloignées.

Dans le cas de notre observation il y eut cependant atteinte des ailes du nez et nous relevons dans l'observation IX l'élimination des os propres.

Siège. — L'ulcération nécrosante paraît avoir une prédilection pour le frontal, cet os est en effet presque toujours intéressé. Dans la statistique de Wallet qui porte sur 33 cas nous trouvons.

Que le frontal est atteint.	20 fois
le pariétal.....	8 —
le temporal.....	3 —
l'occipital.....	2 —

Symptômes. — Les signes prémonitoires sont toujours les mêmes : au premier plan nous trouvons la céphalée. Celle-ci a les caractères des céphalées syphilitiques avec sa ténacité, sa fixité, son siège de prédilection frontal, et son exacerbation nocturne.

Il est rare que cette céphalée manque. Parfois elle est accompagnée de changement du caractère.

Puis apparaît la tumeur, celle-ci siège comme nous l'avons dit le plus souvent sur le frontal, unique au début elle grossit rapidement, très dure de consistance osseuse, parfois irrégulière elle ne tarde pas à se ramollir en son centre et à s'ulcérer. Généralement l'ulcération s'accompagne de sédation de la céphalée.

L'ulcération revêt les caractères cliniques avec ses bords à pics, son fond sanieux recouvert d'un pus plus ou moins fétide.

Mais les lésions sont toujours plus profondes et plus étendues que ne le montrent la simple inspection, la palpation et l'exploration au stylet.

Pour avoir une idée exacte des lésions destructives il faut pratiquer la radiographie. Celle-ci n'est point signalée dans les observations que nous avons relevées, mais elle a été pratiquée chez la malade dont nous avons relaté l'observation en premier.

Radiographie. — Dans le cas qui nous occupe ce n'est pas seulement au niveau du crâne mais aussi au niveau des os des membres que des constatations intéressantes ont pu être effectuées.

Sauf aux membres inférieurs le tissu osseux a subi une décalcification plus ou moins intense. De plus on constate un épaissement notable des tables interne et externe au niveau de la région rétro-bregmatique. Il y a des lésions de la mastoïde gauche et des lésions d'ostéite raréfiante avancée en certaines zones de l'humérus gauche.

L'articulation sterno-claviculaire gauche n'est plus visible sur le cliché radiographique : les cartilages sont rongés et il n'y a plus d'interligne. L'extrémité interne de la clavicule a perdu son renflement et pris une forme de baguette.

L'ulcération gommeuse une fois produite l'atteinte de l'os étant plus ou moins prononcée à ce moment va se poursuivre dans la suite jusqu'à la mise à nu des méninges. A ce moment on voit la dure-mère épaissie et le signe pathognomonique est fourni par le battement du fond de l'ulcération, soulèvements isochrones à ceux du poulx. Parfois comme dans l'observation IV la perforation est seulement prouvée par le reflux pulsatile de gouttelettes de pus.

Le mécanisme de la nécrose et de l'ulcération a été bien étudié en France par Cornil, en Allemagne par Ziegler. Nous rappellerons que les os de la voûte sont constitués par un diploë compris entre 2 tables qui sont doublées respectivement l'externe par le périoste et l'interne par la dure-mère.

Dans la syphilis tertiaire c'est au niveau du périoste que débute la gomme plus rarement à la surface externe de la dure mère. Le tissu gommeux en se développant pénètre dans l'os par des bourgeons à trajet en vrilles qui peuvent arriver à perforer l'os. Le tissu gommeux peu viable se mortifie et s'élimine. Telle est la formation classique de l'ulcération du crâne, d'autres pathogénies ont été invoquées, le seul fait à retenir c'est la formation d'une ostéite raréfiante et condensante. Tout autour le tissu

osseux s'épaissit, durcit et ce sera là un écueil gênant dans la trépanation des foyers à suppuration lente et continue comme nous le verrons au traitement.

Evolution. — Une fois l'ulcération produite l'évolution est le plus souvent extrêmement lente. Si la malade dont nous relatons l'observation est entrée avec une température de 40 degrés, cela tient à une infection du foyer au peu de soins que prenait la malade. Un peu de désinfection du foyer a rapidement amené la chute de la température. Si l'on considère l'ulcération elle-même on peut noter qu'elle a peu de tendance à se cicatriser spontanément. Elle se comporte en cela comme les ostéomyélites des membres suppurant tant qu'il y a un séquestre.

Mais le fait important à signaler c'est l'intégrité presque absolue, pour ainsi dire constante du cerveau. La dure-mère est imperméable et ne se laisse pas traverser par l'infection, elle est rouge, épaissie mais protège efficacement les organes qu'elle enveloppe.

Malgré le peu de soins que prenait la malade de l'observation princeps, malgré la largeur de l'ulcération, malgré son ancienneté et malgré la fièvre il n'y avait aucun trouble moteur, aucun trouble de la sensibilité, ni raideur de la nuque, ni Kernig, les ponctions lombaires effectuées démontrèrent la non infection ou même réaction du liquide céphalo-rachidien.

Les cas de complications cérébrales sont donc rares, ils peuvent exister cependant, les observations X et

VIII en sont la preuve et ce sont elles qui viennent en grande partie assombrir le pronostic.

Si nous consultons la statistique de Wallet qui porte sur 45 cas il y a 24 cas de mort qui reconnaissent les causes suivantes :

Encéphalites, abcès du cerveau.	11 cas de mort
Suppuration.	4 —
Accidents de compression	3 —
Erysipèle	1 —
Maladies intercurrentes.	5 —

Diagnostic. — L'ulcération des os de la voûte du crâne est un accident tardif et facile à diagnostiquer. Dans le cas qui nous occupe en effet rien ne pouvait produire des lésions aussi multiples ni aussi caractéristiques, et bien que les antécédents fussent méconnus le diagnostic s'imposait et si la recherche des réactions humérales fut effectué ce n'est qu'à titre de contrôle. La réaction de Wassermann fût des plus positives.

Si l'ulcération est unique, que les antécédents sont méconnus, c'est là le seul cas où on pourra hésiter. Alors l'histoire du malade, la recherche de signes de syphilis secondaire et surtout de la céphalée, seront d'un grand secours, on s'appuiera enfin sur les caractères de l'ulcération. Nous devons relater à ce propos une observation communiquée par M. Thibierge dans les *Annales de Dermatologie*, 1894.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans sans aucun antécédent syphilitique atteint d'épithélioma serpigneux de la région frontale dont le début

remontait à dix-huit ans auparavant, par un petit bouton excorié par le rebord de la casquette. Cette ulcération n'est pas douloureuse et pendant dix ans le malade l'a complètement négligée ne faisant aucun traitement.

Vu les progrès constants de l'ulcération le malade va consulter et le diagnostic de syphilis est porté. L'iodure donne d'abord un bon résultat semblant confirmer le diagnostic. Mais ensuite l'ulcération se produit avec des rebords serpigneux arrondis qui font instituer à nouveau le traitement ioduré auquel on ajoute la cautérisation ignée ; après des périodes d'amélioration légère la lésion continue à évoluer et un examen histologique pose le diagnostic d'épithélioma tubulé... Ce malade dans le début de son affection avait été suivi dans le service de MM. Besnier et Fournier qui avaient également porté le diagnostic de syphilis serpigneuse.

Ainsi donc au moment où l'ulcération est encore superficielle elle peut porter à la discussion. A ce moment une radiographie et un examen histologique pourront aider à lever les doutes. Mais ce qu'il faut retenir c'est qu'un examen attentif du squelette s'impose si parfois les lésions sont évidentes et nombreuses, d'autres fois il faut les rechercher et ne pas oublier également de faire une palpation soigneuse et du foie et de la rate.

TRAITEMENT

Le diagnostic posé il faudra instituer un traitement médico-chirurgical.

Le traitement médical est celui de toute syphilis tertiaire, c'est-à-dire emploi d'iodure, de mercure et de composés arsenicaux.

L'iodure devra se donner à doses journalières croissantes en surveillant bien entendu les accidents d'iodisme possible.

Le mercure devra s'administrer soit sous forme de friction, soit sous celle de sels solubles ou encore d'huile grise. Dans le cas qui nous intéresse l'onguent napolitain a été d'un grand secours vu l'état de faiblesse extrême où se trouvait la malade à son entrée.

Parfois aussi on ne peut employer le mercure vu la mauvaise dentition du malade comme dans l'observation VII, par exemple.

Quant aux divers composés arsenicaux, arsénobenzol, novarsénobenzol, sulfarsénobenzol, etc., leur emploi prudent pourra être du plus grand secours.

Mais ce qu'il faut savoir c'est que le traitement doit être poursuivi longtemps.

En même temps qu'on pratique ce traitement anti-syphilitique sous l'influence duquel on doit voir l'état général s'améliorer il faut surveiller l'état local.

Le plus souvent au niveau de la plaie on voit la sécrétion devenir moins abondante, la surface de la dure-mère prend un aspect moins eschanotique, elle se déterge en un mot.

Cette amélioration peut être très lente, elle peut même être nulle c'est alors qu'il faut agir au niveau de la plaie. Si celle-ci ne cicatrise pas cela tient à l'existence d'un séquestre qui est en voie d'élimination et sur lequel le traitement médical n'a pas d'action. Comme on a pu le dire le mercure « ne mord pas » tant qu'il y a un séquestre. C'est ainsi que dans une de ses cliniques en 1906 M. le professeur Dieulafoy disait : « Je pense que dans tous les cas d'ostéosyphilomes craniens ulcérés le médecin doit faire appel au chirurgien. »

L'intervention chirurgicale pour être faite dans les meilleures conditions possibles devra être assez précoce, alors que l'état général est le meilleur possible.

Différentes hypothèses sont possibles :

Ou bien on trouvera, comme ce fut le cas dans l'observation princeps un séquestre unique et libre, l'extirpation est alors des plus simples.

D'autres fois le séquestre n'intéresse pas la totalité de l'os et des chirurgiens ont voulu essayer de limiter l'excision malheureusement dans la suite la nécrose se poursuit pour ainsi dire toujours ; ce genre d'opération à retouches successives ne semble pas l'opération de choix car il entraîne un lent affaiblissement du malade.

D'autre fois comme cela est signalé par M. Cut-

tolé on trouve un « séquestre massif, unique mais tenant encore aux portions voisines par des ponts osseux ou bien embarré par un cadre volumineux d'ostéophytes ». Cet auteur conseille dans ce cas d'opérer très largement. Au delà des limites apparentes de l'ostéite nécrotique, il perfore la voûte en une zone d'apparence saine avec des fraises de Doyen et réunissant les orifices avec des scies de Gigli il fait ensuite sauter les ponts osseux, sciage rendu très difficile par l'épaississement et la dureté de ces crânes.

Lorsque la plaie sera ainsi nettoyée, les foyers de suppuration détruits, qu'on aura également nettoyé les autres foyers osseux, coexistant aux membres ou à la clavicule on verra le traitement médical donner des résultats plus rapides.

Cependant il faut savoir que la cicatrisation est toujours longue, assez rapide au début elle va beaucoup moins vite par la suite et la guérison définitive est extrêmement lente.

Celle-ci se fait par le bourgeonnement des parties molles environnantes, par un épaississement de la dure-mère. On voit la dure-mère se rapprocher de la voûte crânienne, y adhérer et le tissu cicatriciel se recouvre d'un véritable tissu épidermique.

A la suite des nombreuses plaies du crâne pendant la guerre on a tenté avec succès des cranioplasties secondaires. Parmi les derniers travaux en date sur ce sujet nous signalerons la thèse de M. Sénèque, celle de M. Tchaouchan et celle de M. Desgranges.

De ces travaux il résulte que les cranioplasties peuvent être effectuées soit à l'aide des plaques métalliques en or (Sébileau, Imbert, Estor), soit à l'aide de plaque d'ivoire (Mauclaire). D'autres procédés consistent à faire des greffes cartilagineuses (Mores-tin, Gosset), et surtout des greffes périosto-osseuses vivantes, ou enfin à greffer de l'os stérile (Sicard, Dambrin).

Mais les cas où d'après ces auteurs les greffes peuvent être indiquées ne sont pas extrêmement fréquents. Ils conseillent seulement de pratiquer la greffe lorsque l'ulcération est en un point exposé frontal ou pariétaux, que l'ulcération atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs, lorsqu'elles sont plus petites elles cicatrisent spontanément assez rapidement). En plus, on trouve de nombreuses contre-indications. Pour M. Sénèque, il ne faut pas intervenir dans les cas d'hypertension cérébrale et les cas où il existe des troubles pupillaires. Dans les cas où il existe de l'épilepsie généralisée ayant tendance à rétrocéder ou à s'accroître. Enfin il faut ajouter que le foyer doit avoir perdu toute septicité.

Si à ces contre-indications nous ajoutons que dans les cas qui nous occupent le tissu osseux est le siège de périostite raréfiante et condensante, tissu éburné mal nourri, on doit en conclure que les greffes ne seront guère indiquées pour réparer ces pertes de substances.

Il faudra se contenter de faire appel aux pansements protecteurs.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis tertiaire nécrosante et perforante, de la voûte du crâne est assez rare, plus rare même que la syphilis de la base du crâne, secondaire à une syphilis du sinus ou du pharynx.

II. — La syphilis nécrosante et perforante de la voûte du crâne siège en général sur le frontal ou le pariétal.

III. — La date d'apparition est variable, en général assez tardive, il semble que dans les cas d'apparition précoce la syphilis soit particulièrement grave.

IV. — Le diagnostic est facile, même dans les cas où les antécédents syphilitiques sont méconnus. En plus des caractéristiques de la lésion on sera souvent aidé par ce fait qu'il existe pour ainsi dire toujours d'autres lésions gommeuses osseuses, soit sur le tibia, le radius, ou la clavicule en particulier.

V. — Le traitement doit être médico-chirurgical.

VI. — L'ablation simple des esquilles pourra être insuffisante, n'empêchant pas toujours la continuation de la suppuration et de ce fait ne mettant pas à l'abri de complications cérébrales, complications rares et tardives à cause de l'imperméabilité de la dure-mère.

VII. — L'évolution est lente même avec un traitement actif.

VIII. — Les os de la voûte crânienne étant des os de membrane il n'y a pas de cicatrisation osseuse. Il se fait un épaissement de la dure-mère et un recouvrement cicatriciel.

IX. — Il ne semble pas que des cranioplasties réparatrices puissent dans ces cas être tentées avec succès.

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Auvray.* — Les tumeurs cérébrales. Th. Paris, 1896, page 203.
- Barié.* — Carie syphilitique du rocher ; lésions de la voûte du crâne (Bull. Société anatomique, octobre 1874, p. 676-78).
- Baratoux.* — Nécrose syphilitique des os du nez, expulsion de la partie centrale du sphénoïde (Revue mensuelle de Laryngologie. Bordeaux, 1883).
- Barton.* — Nécrose syphilitique du frontal (Annals of Surgery, 1889, tome I, page 28).
- Berard.* — Dictionnaire de médecine. Article carie, 1835.
- Berne.* — Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Th. Paris, 1884.
- Besançon.* — Infiltration gommeuse du temporal droit (Bulletin Société anatomique, 19 mars 1886).
- Bethencourt (de).* — Nouveau carême de pénitence, 1525. Traduit par Fournier, 1871.
- Boch.* — Syphilis tertiaire, symptômes graves, nécrose des os du nez et de la table externe du frontal, séquestre considérable (Presse médicale belge. Bruxelles, 1883-185-187).
- Bodin.* — Formations syphilitiques du crâne (Bulletin Société Scientifique et médicale de l'ouest, 1900, IX, pages 115-119).
- Bois.* — Etude sur les fistules du sinus frontal. Th. Paris, 1896.
- Boudet et André.* — Périostite syphilitique multiple avec syndrome de tumeur cérébrale (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon, 1903).
- Boys de Loury.* — Nécrose syphilitique (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1860, page 632).
- Brouardel.* — Observation III in thèse Moscovitz. Paris, 1874, n° 214.
- Bryant.* — Med. Time and. Gaz.
- Callari (J.) e La Mensa.* — Di un raro caso de perforazioni multipli della calota per sifilide (Arte med. Napoli, t. III, pages 206-209).
- Caspart.* — De exostosis cranii rariore. Dissertatio inauguralis 1730. in disputationes chirurgicæ. Halleri. Lausanne, 1755, page 64.
- Charrier.* — Nécrose syphilitique des sinus frontaux et maxillaires (Archives internationales d'Oto-rhino-Laryngologie, mars-avril 1905).
- Chipault.* — Syphilis crânienne in Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1892, tome IV, page 715.

- Traité de chirurgie du système nerveux, 1897, tome II, p. 197.
- Clarke.* — A case of syphilitic. Growth. (The Lancet, 1894, t. I, p. 460).
- Cornil.* — Leçons sur la syphilis, 1879, IX^e leçon.
- Cornil et Ranvier.* — Traité d'anatomie pathologique, 1884.
- Costes.* — Nécrose syphilitique du frontal (Journal de médecine de Bordeaux, 1852).
- Coupard.* — Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse. Th. Paris, 1882.
- Crampton.* — Dubl. Hosp. Rep., tome I, page 342.
- Callier.* — Nécrose syphilitique du crâne (Annuaire méd. et chirurgie des hôpitaux de Paris, 1819, pages 437, 647).
- Cuttoli (F.).* — Contribution à l'étude et au traitement de la syphilis nécrosante de la voûte crânienne. Th. Montpellier, 1907.
- Denonvilliers.* — Des cas qui indiquent l'application du trépan sur le crâne. Th. d'agrégation, 1839, page 54.
- Deromps (Mlle).* — Ostéite syphilitique héréditaire tardive. Novarsénobenzol. Th. Paris, 1917.
- Desgranges.* — Chirurgie réparatrice d'après Morestin. Transplantation de cartilage. Th. Paris, 1919.
- Dieulafoy.* — Clinique médicale, 1906.
- Dubreuilh.* — Nécrose du frontal et des sinus ethmoïdaux (Journal de Médecine de Bordeaux, février 1887).
- Dufour.* — Nécrose syphilitique du crâne (Bulletin Société anatomique, 1851, page 139).
- Faguet.* — Extirpation d'une gomme (Journal de Médecine de Bordeaux, août 1895).
- Fallope.* — De morbo Gallico. Patavü, 1564.
- Forgue et Reclus.* — Thérapeutique chirurgicale, t. II, p. 47.
- Forster.* — Syphilitic necrosis of calvarium. Removal of bone. Erysipelas ; Death Guy's Hospital rep., 1874, 3^e série-t. XIX, p. 41-43.
- Fournier.* — La syphilis cérébrale 1879. Ostéites syphilitiques naso-crâniennes (Annales de Laryngologie, 1881).
- Fracastor.* — La syphilis, 1530. Traduit par Fournier, 1869.
- Galtier-Boissière.* — Des manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne. Th. Paris, 1884-1885, n° 142).
- Gayand.* — Dictionnaire Dechambre. Article crâne, 1873.
- Gilbert (A.) et Saint-Girons (F.).* — Un cas de syphilis osseuse à manifestations multiples (Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1919, n° 37, p. 1091).
- Gilbert (Auguste).* — De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications. Th. Paris, 1898, n° 57.
- Gosselin.* — Remarques et observations sur une nouvelle source d'indications du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne (Archives de Médecine, 1853, t. I, p. 268).

- Hallopeau et Boudet.* — Sur un cas de syphilis tertiaire précoce, avec gomme du frontal et perforation (Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie. Paris, 1907, XVIII, pages 8-12).
- Hutchinson.* — Lésions syphilitiques du crâne (The Lancet, 1872, t. II, p. 334).
- Julinsburger.* — Gummata perforantia ossis frontis (kerte jakreschr. f. Dermat. und syph. Vienne, 1883, p. 108 110).
- Lagneau (fils).* — Des maladies syphilitiques du système nerveux Th. Paris, 1860.
- Lancereaux.* — Les ostéites syphilitiques (Ann. de Dermatologie, 1886, p. 261).
- La Peyronie.* — Nécrose syphilitique du frontal (Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, t. II, p. 267).
- Lavergne.* — De la syphilis cérébrale (France médicale, t. II, 1885).
- Le Baron.* — Lésions osseuses de l'homme préhistorique. Th. Paris, 1881.
- Le Dentu.* — Oblitération des pertes de substance du crâne (Bulletin Académie de Médecine, 30 janvier 1894).
- Syphilis du cerveau et des os du crâne greffée sur une ancienne blessure non cicatrisée du frontal (Bulletin de la Société clinique de Paris, 1884, pages 119-127).
- Lee.* — Lésions syphilitiques du crâne (The Lancet, 1861, tome II p. 402).
- Le trépan dans les nécroses syphilitiques du crâne (Chicago Med., 1876).
- Mauriac.* — Mémoires sur les affections syphilitiques précoces, des os (Gazette des Hôpitaux, 1872).
- Morestin.* — Nécroses syphilitique du crâne (Bulletins et Mémoires de la Société anatomique. Paris, 1900, page 946).
- Moscowitz.* — De la syphilis tertiaire cranienne et de ses complications méningo-encéphaliques. Th. Paris, 1874.
- Noailles.* — Syphilis tertiaire multiple des os pariétaux, gomme ulcérée du lobe paracentral (Union médicale du Nord-Est. Reims, 1908, tome XXXII, pages 82-85).
- Oulmont.* — Nécrose syphilitique du pariétal et de l'occipital (Progrès médical, 1877, p. 571).
- Olser.* — Syphilitic carie of immer table of skull. (The med. News., 1883).
- Osler.* — Syphilitic ulceration of left frontal bone ; large node on left tibia ; gammata in liver (Montreal Gen. Hosp. Path. Rep., 1877).
- Oussas.* — Nécrose syphilitique du crâne (Annales de Dermatologie et Syphil., 1894, p. 479).
- Petit.* — La syphilis et les traumatismes. Th. Paris, 1875.
- Parrot.* — Une maladie préhistorique (Revue de Paris, 1882, p. 110).
- Poulet.* — Anat. pathologique des gommages osseuses (Revue des Sciences médicales, 1886).

- Remy.* — Nécrose syphilitique du pariétal. Mort (Bulletin de la Société anatomique, 1874, p. 604).
- Russel.* — Lésions syphilitiques du crâne (Bulletin médical, 1860).
- Sauvé.* — Manifestations syphilitiques tertiaires graves, nasales pharyngées et laryngées (Presse médicale, 1917, p. 227).
- Sée (M.).* — Ostéite syphilitique du front (Bulletin Société française de Dermatologie et Syphil., 1911, p. 14-16).
- Sénèque.* — Cranioplastie par le procédé Sicard-Dambrin. Th. Paris, 1919.
- Siredey.* — Nécrose syphilitique du frontal (Bulletin de la Société anatomique, septembre 1881).
- Swediaurd.* — Practical obs. on vener. complaint. Edimbourg, 1788).
- Tchaoutchan.* — De la cranioplastie par la méthode de la charnière. Th. Paris, 1919.
- Tedenat et Vennes.* — Affections syphilitiques des os (Montpellier médical, 1907).
- Terrier et Luc.* — De la syphilis chez les vieillards (Revue mensuelle de chirurgie, 1881, p. 88).
- Thibierge.* — Epithélioma serpigneux de la région frontale. Difficulté de diagnostic avec une syphilis tertiaire (Annales de Dermatologie et Syphil., 1894, p. 438-443).
- Thiry.* — Des diverses périodes de la syphilis ; observation de syphilis tertiaire, ostéite et nécrose frontale ; abcès consécutif, traitement mercuriel prolongé, guérison (Presse médicale belge. Bruxelles, 1875, p. 249-252).
- Toland.* — Nécrose syphilitique du frontal. Opération, 1859.
- Van Swieten.* — Commentaria in Herm. Boerhawi aphorismos. Paris, 1773.
- Vedrennes.* — Nécrose syphilitique du frontal (Mémoires de médecine militaire).
- Verchères.* — Nécrose syphilitique du frontal. Opération (Annales de Dermatologie et syphil., 1895, p. 560).
- Viannay.* — Un cas de nécrose syphilitique du frontal (Provence médicale, 1901).
- Wallet (L.).* — De la nécrose syphilitique du crâne. Intervention chirurgicale. Th. Paris, 1897, n° 380).